



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB

Faculdade de Ceilândia-FCE

Bacharelado em Saúde Coletiva

**JÉSSICA DA SILVA ALVES**

**Percepção masculina sobre autocuidado após infarto agudo do  
miocárdio**

CEILÂNDIA

2013



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB**

Faculdade de Ceilândia-FCE

Bacharelado em Saúde Coletiva

JÉSSICA DA SILVA ALVES

**Percepção masculina sobre autocuidado após infarto agudo do miocárdio**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado junto ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharelado em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Antonia de Jesus Angulo Tuesta.

CEILÂNDIA

2013

JÉSSICA DA SILVA ALVES

**Percepção masculina sobre autocuidado após infarto agudo do miocárdio**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado junto ao Curso de Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharelado em Saúde Coletiva.

**Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013**

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Antonia de Jesus Angulo Tuesta  
Orientadora  
Universidade de Brasília

---

Prof<sup>a</sup> Mariana Sodário  
Universidade de Brasília

---

Prof. José Antonio Iturri  
Universidade de Brasília

## **Agradecimentos**

Primeiramente agradeço a Deus, por me dar sabedoria e por eu conseguir alcançar todos os objetivos que sonhei, e por saber que ele tem um plano muito bom para mim.

Ao meu pai, que sempre investiu nos meus estudos e me fez valorizar os esforços realizados para conseguir algo na vida.

Ao meu marido por ser compreensivo e ceder muito do tempo que seria seu para me apoiar a concluir o meu curso.

A minha orientadora que me ensinou que sempre podemos melhorar e que não a vitória sem sacrifícios e luta, por ser paciente quando não me esforçava da maneira que ela se esforçava e por ceder muitos dos seus dias para me orientar compartilhando seu aprendizado e experiências comigo.

Aos meus professores que me passaram todo conhecimento deles e experiências e fizeram com que eu tivesse uma visão mais crítica da vida.

A todos os homens que participaram da pesquisa e que abriram suas casas e compartilharam experiências de vida comigo.

## **Resumo**

### **Percepção masculina sobre autocuidado após infarto agudo do miocárdio**

O estudo mostra uma visão geral sobre a saúde do homem, questões de masculinidade e vulnerabilidade, com o objetivo de compreender como a percepção de masculinidade influencia no autocuidado após um infarto agudo do miocárdio nos homens entrevistados. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com entrevistas semiestruturadas com ênfase nas mudanças das práticas de saúde antes e depois do infarto, as percepções sobre autocuidado, autonomia e masculinidade. A análise das entrevistas foi a partir do método de análise do conteúdo que possibilitou a identificação de questões culturais construídas socialmente que, por vezes, impedem os homens de cuidar de sua saúde e procurar os serviços de saúde. Foram entrevistados oito homens que tiveram infarto agudo de miocárdio identificados na área de abrangência do Centro de Saúde nº 4 de Ceilândia-DF. As falas, em geral, demonstram que os homens após o infarto mudaram hábitos do cotidiano, na vida profissional, na alimentação, nas atividades físicas, no lazer, na autonomia, na saúde sexual atribuídas ao gênero masculino. Mas estas mudanças não foram decisivas para que os mesmos percebessem a necessidade de reorientar questões relacionadas ao comportamento, pois entendiam que não era preciso mudar mais. Chama a atenção o fato dos entrevistados nas suas falas não estabelecerem relações entre o infarto com os fatores de risco e os modos de vida dos homens que contribuem com o aparecimento de doenças graves, como por exemplo, a não procura por serviços para prevenção, a visão de gênero que o homem é o sexo forte, o uso de álcool e cigarro, o sentimento de ser o único responsável pela manutenção da família e o sedentarismo.

**Palavras-chave:** Saúde do homem, masculinidade, vulnerabilidade, IAM, autocuidado.

## Sumário

<b>1.</b>	<b>Introdução.....</b>	<b>7</b>
<b>2.</b>	<b>Justificativa .....</b>	<b>9</b>
<b>3.</b>	<b>Marco Teórico.....</b>	<b>11</b>
<b>3.1</b>	<b>Panorama da situação de saúde do homem .....</b>	<b>11</b>
<b>3.2</b>	<b>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem.....</b>	<b>12</b>
<b>3.3</b>	<b>Vulnerabilidade e percepção masculina no autocuidado.....</b>	<b>16</b>
<b>4.</b>	<b>Objetivos.....</b>	<b>19</b>
<b>5.</b>	<b>Metodologia.....</b>	<b>20</b>
<b>6.</b>	<b>Resultados.....</b>	<b>23</b>
<b>6.1</b>	<b>Quem são os homens sujeitos da pesquisa.....</b>	<b>23</b>
<b>6.2</b>	<b>Análise das falas dos sujeitos de pesquisa.....</b>	<b>23</b>
<b>6.3</b>	<b>Percepção do que é ser homem e mulher na sociedade.....</b>	<b>23</b>
<b>6.4</b>	<b>Cuidados com a saúde antes do infarto.....</b>	<b>24</b>
<b>6.5</b>	<b>Utilização dos serviços de saúde antes.....</b>	<b>28</b>
<b>6.6</b>	<b>Experiência no momento do infarto.....</b>	<b>31</b>
<b>6.7</b>	<b>Mudanças no cotidiano depois do infarto.....</b>	<b>33</b>
<b>6.8</b>	<b>Cuidados tomados e acompanhamento médico depois do infarto.....</b>	<b>34</b>
<b>6.9</b>	<b>Motivos da ocorrência do infarto segundo a equipe médica e segundo os homens.....</b>	<b>36</b>
<b>6.10</b>	<b>Mudança no autocuidado segundo os homens e mudança na percepção da masculinidade.....</b>	<b>37</b>
<b>7.</b>	<b>Considerações finais.....</b>	<b>40</b>
<b>8.</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
<b>9.</b>	<b>ANEXOS.....</b>	<b>44</b>
<b>10.</b>	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>47</b>

## 1. Introdução

Os estereótipos de gênero, enraizados em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. Nesse contexto, a doença passa a ser considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua própria condição biológica. A educação diferenciada entre homens e mulheres vai reforçar essa percepção de fragilidade, pois a mulher culturalmente deve ser “cuidadora”, enquanto o homem deve ser “trabalhador”. Segundo essa visão explica porque as mulheres consequentemente buscam com maior frequência os serviços de saúde.

A concepção hegemônica sobre masculinidade construída social e culturalmente coloca os homens como seres fortes, viris e invulneráveis. Essa concepção contribui para que os homens cuidem menos de si e procurem menos os serviços de saúde. Pode torná-los vulneráveis às doenças crônicas, ao desconsiderar os fatores de riscos, contribuindo para o diagnóstico tardio e provavelmente o tratamento fica prejudicado já que os homens na sua maioria, procuram ajuda médica quando a dor é intolerável ou quando está impossibilitado de trabalhar. (PEREIRA, 2012).

Alguns pesquisadores concordam que o “gênero” deve ser levado em consideração, quando se fala nos riscos de saúde dos homens e na forma como estes percebem e cuidam da sua saúde. Ao passo que, se eles não reconhecem nenhuma vulnerabilidade às doenças, não tomarão nenhum cuidado para evitá-las. (MENDONÇA, 2010).

É preciso mudanças culturais no intuito de quebrar paradigmas construídos ao longo do tempo por nossa sociedade, deve-se levar em consideração aspectos culturais e psicossociais respeitando a diversidade dentro do próprio gênero. A masculinidade acaba sendo um obstáculo impedindo que os homens frequentem os serviços de saúde ou promovam a sua saúde.

Lyra, Medrado e Azevedo (2009), ao analisarem a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) apontam que o homem aparece como vítima de sua própria masculinidade, ou seja, das crenças e valores que constituiriam as "barreiras socioculturais" que se antepõem as práticas de saúde.

A importância dessa discussão neste trabalho vai além de exames laboratoriais e da visão biologicista e busca compreender a percepção do homem

que teve infarto agudo do miocárdio (IAM), na perspectiva do processo saúde-doença e do impacto que a doença pode ter no autocuidado dos homens e nas questões para a Saúde Coletiva.

Segundo Schraiber (2005) o campo da Saúde Coletiva tem relevante contribuição para que a saúde dos homens sob a ótica das masculinidades surja como uma temática de primeiro plano nos dias atuais: o progressivo acúmulo de discussão acerca da promoção da saúde, cuja definição positiva implica questões de direitos e de equidades.

Este trabalho busca compreender de que forma o infarto agudo do miocárdio modifica as percepções de autocuidado masculino em saúde.



## 2. Justificativa

A minha motivação para estudar este tema resulta tanto de sua atualidade o que se reflete na formulação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), em 2009, como por experiência profissional e questões pessoais com relação paterna e conjugal. A minha percepção de que os homens não se preocupam com sua saúde e procuram, raramente, os estabelecimentos de saúde para cuidar deles me levou a buscar compreender a relação entre questões como masculinidade, cuidado, saúde e serviços.

Os resultados desta pesquisa podem contribuir para a melhoria de ações de saúde do público masculino, em especial, nas unidades básicas de saúde. Os homens entrevistados podem sensibilizar-se para refletir sobre o cuidado de sua saúde, fortalecendo as suas atitudes para vivenciar de forma harmoniosa o período de envelhecimento.

No Brasil, a expectativa de vida dos homens é de sete anos menos do que das mulheres, enquanto em países como Estados Unidos e Canadá essa diferença é de 5 anos. Segundo o Ministério da Saúde, 68% dos óbitos na faixa etária de 20 a 50 anos foram do sexo masculino em 2005.

As doenças do aparelho circulatório constituíram a maior causa de mortalidade, a primeira causa de internações nos idosos e a segunda causa em homens de 30 a 59 anos. (BRASIL, 2011).

Os tratamentos crônicos ou de longa duração, como no caso das doenças cardiovasculares, tem uma menor adesão entre os homens, pois os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir o tratamento. Essa afirmação considera-se também para ações de promoção e prevenção à saúde que requer, na maioria das vezes, mudanças comportamentais. Em relação às doenças crônicas, entre crianças e adolescentes, os indivíduos do sexo masculino têm relato mais frequente destes agravos.

Para a análise da saúde do homem, no Brasil, atualmente, deve-se levar em conta as transições demográfica e epidemiológica, consequentemente o envelhecimento populacional (menor proporção de idosos homens) e alterações no panorama das doenças que modificou o perfil epidemiológico de prevalência de doenças agudas (emergentes) para doenças crônicas (hipertensão, diabetes, entre

outros). Essa realidade coloca desafios importantes para o SUS (Sistema Único de Saúde) que precisa reorientar as ações dos serviços de saúde para acompanhar essa modificação, assim como, as doenças agudas.

A doença aguda corresponde a um processo patológico que tem início súbito, desenvolvimento rápido e duração curta. A doença crônica corresponde ao processo patológico caracterizado por evolução lenta e duração prolongada ou por recorrência frequente por tempo indeterminado.

Segundo Helman (2003) que investigou aspectos da personalidade do homem infartado, em busca de correlação dos riscos para cardiopatias, e que o padrão de risco encontrado centra-se na figura do homem ambicioso, hostil, obcecado com o tempo, competitivo e individualista.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1. Panorama da situação de saúde do homem**

Analisando-se os óbitos ocorridos no Brasil nos últimos anos observou-se grande concentração dos óbitos de adultos no sexo masculino, com aumento das taxas de mortalidade com o passar da idade.

O Ministério da Saúde indica que a probabilidade de um homem brasileiro falecer com idade entre 15 e 60 anos era de 205/1000, em 2009, e para o sexo feminino, de 102/1000. Os homens têm duas vezes mais chance de morrer nesta faixa etária. (Brasil, 2011).

As principais causas de óbito dos homens, em geral, considerando as faixas etárias, foram as causas externas (27,6%) e as doenças do aparelho circulatório (20%), destacando-se com maior percentual as doenças isquêmicas do coração, e entre elas com maior prevalência é o infarto agudo do miocárdio. Na faixa etária de 50 a 59 anos as doenças isquêmicas do coração foram à primeira causa de morte. (Brasil, 2010).

Os fatores de risco para doenças crônicas foram mais prevalentes em homens adultos de menor escolaridade. Na avaliação de tendências, foi observado aumento significativo na prevalência de diabetes em homens. Estima-se que a eliminação dos quatro principais fatores de risco (tabagismo, álcool, inatividade física e alimentação não saudável) poderia prevenir 80% das cardiopatias. (Brasil, 2010).

A hipertensão arterial, principal fator de risco para doenças cardiovasculares, causa cerca de 7,5 milhões mortes/ano no Brasil. Neste contexto, conhecer e monitorar a distribuição dos fatores de risco e protetores nos adultos brasileiros torna-se fundamental para atuar sobre o processo saúde-doença com vistas ao desenvolvimento de políticas públicas específicas para a melhoria da qualidade de vida da população. (Brasil, 2010).

### **3.2. Políticas Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**

O Brasil é o segundo país das Américas a elaborar uma política específica de saúde do homem, seguindo o exemplo do Canadá. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi definida em 2009, depois de vários anos da Política Nacional de Atenção Integral à saúde da Mulher. A PNAISH aponta os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem, explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde e reconhece que as representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária e repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população às situações de violência e de risco para a saúde (BRASIL, 2009).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem tem por objetivo promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, de 25 aos 59 anos, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população, por meio do enfrentamento dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.

Com a política o MS visa estimular o autocuidado e o reconhecimento da saúde como direito social básico e de cidadania de todos os homens brasileiros sem responsabilizar somente os homens pelo seu estado de saúde, mas cumprindo o preceito constitucional da saúde como um direito de todos e dever do Estado, a partir de políticas e ações específicas para esse público.

A PNAISH está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica e com as estratégias de humanização em saúde, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde, segundo os princípios da integralidade, universalidade e equidade do Sistema Único de Saúde.

A integralidade na atenção também se encontra presente na política, uma vez que os modos de vida e a situação social do indivíduo devem estar incluídos nas ações e serviços de assistência à saúde masculina, pois não se restringe só aos homens, sendo incluídas as crianças, os idosos, os transexuais e todos interessados numa saúde masculina, mesmo tendo políticas específicas. Um dos desafios da atenção integral ao homem diz respeito à sua participação nas decisões de saúde

para eles próprios a fim de produzir um melhor conhecimento das singularidades e necessidades masculinas, tanto pelos profissionais quanto pelos próprios homens.

Lyra e Medrado (2009) salientam que a PNAISH focaliza nas doenças do aparelho geniturinário (como câncer de próstata e pênis), bem como na saúde sexual (disfunção erétil) e na saúde reprodutiva e na dificuldade de acesso dos homens aos serviços de saúde da atenção básica. Ainda não se implementaram ações integrais de saúde voltadas aos homens, sendo fundamental que ações em saúde resguardecam as diferenças nas necessidades de saúde da população de homens e sem discriminação.

Segundo Gomes (2003) as causas da baixa adesão aos serviços de saúde podem ser explicadas em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras entre a população masculina e os serviços e ações de saúde, a saber, barreiras socioculturais (mais frequente) e barreiras institucionais que seriam a forma como o acesso é oferecido a essa população.

As ações de saúde não seriam somente no sentido de promover o cuidado em relação à saúde, mas também estimular e integrar os homens aos serviços, através de palestras, folders em salas de esperas voltadas para o interesse masculino, campanhas de saúde públicas exclusiva para este público, que já poderiam ter sido criadas, implementadas, e colocadas em prática pelos próprios serviços. Assim, os objetivos da PNAISH seriam atingidos, mas enquanto os homens não participarem dos serviços de saúde, o sistema de saúde dificilmente alcançará suas reais demandas e necessidades.

Segundo Pereira (2012), a masculinidade acaba sendo o principal fator da maior mortalidade entre os homens, mas o atendimento de saúde aos homens nos estabelecimentos de saúde também influencia, ou seja, a forma como o profissional de saúde aborda e atende este homem pode influenciar positiva ou negativamente nas atitudes sobre o cuidado.

A questão da masculinidade não é considerada para a organização dos serviços de saúde. Em geral, os grupos priorizados são as mulheres, os idosos e as crianças. Esses grupos são vistos como mais fragilizados e com necessidades que requerem maiores cuidados, enquanto os homens não são contemplados com esta perspectiva, se poderia criar a sala do homem nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) para atender as demandas específicas desta população e assim aumentando o acesso pela atenção primária.

A atenção especializada (urologia, por exemplo) deveria estar na UBS, assim como, tem a atenção ginecológica, pois facilitaria o acesso, diminuindo as necessidades para o serviço especializado, pois, muitas vezes neste caminho os homens podem acabar desistindo pela dificuldade de acesso aos serviços especializados.

Schraiber (2010) afirma que o modelo médico hegemônico centrado na doença, ou seja, a “medicalização” exclui as desigualdades de gênero, as relações entre o exercício das masculinidades e os adoecimentos, a relação médico-paciente e os sofrimentos. Para a autora se continuar este modelo centrado na doença e não no indivíduo os determinantes de saúde serão ausentes nos serviços de saúde e das demandas mais valorizadas pelos usuários. A autora conclui que os homens preferem retardar ao máximo a busca por assistência e só o fazem quando não conseguem mais lidar sozinhos com seus sintomas.

Segundo Figueiredo (2005) o próprio modo de atendimento e a dificuldade de acesso às UBSs fortalecem o distanciamento masculino dos serviços de saúde, uma vez que o tempo de espera pela consulta surge como incompatível à realidade masculina. Soma-se a esse afastamento, a ausência de programas ou estratégias direcionadas aos homens, dificultando a interação entre a população masculina e os serviços de saúde.

Schraiber (2010) assinala que os homens argumentam frequentemente a sua maior capacidade física, atributo que os faz sentirem-se invulneráveis e imunes ao adoecimento, assim como, se comparam as mulheres, e se dizem superiores por sua força física ou vigor. Os usuários desejam um atendimento rápido e pontual e, priorizam os hospitais e os prontos-socorros.

Ainda segundo a autora, muitos dos usuários homens, reclamam da falta de profissionais e da frequência de adiamentos das consultas ou exames, ou até da ausência de um urologista, que lhes parece o profissional mais apropriado. Reclamam da falta de medicamentos ou outros recursos e consideram o atendimento de baixa qualidade segundo suas referências de bons cuidados centradas no médico como marca da medicalização.

Outro aspecto diz respeito à comunicação e práticas educativas nos serviços, substrato da prevenção, quase sempre exercidas de forma instrucional e autoritária, indicando o que as pessoas devem ser ou fazer, pouco ocorrendo formas

dialogadas de comunicação e interesse nas potencialidades próprias dos usuários, como aponta outros autores. (SCHRAIBER, 2010)

Nessa aparente neutralidade, em que não se tem percepção do quanto o serviço e seu modo de prestar assistência repercutem na qualidade do acesso e acolhimento dos usuários, os profissionais também não percebem que, assim como se constatou em outros estudos, os homens estão presentes na atenção primária, mas sempre aguardam o atendimento ao lado da porta de saída.

Além disso, há nos padrões de uso e de oferta dos serviços, um reforço da medicalização pela cultura de gênero e o modelo hegemônico de masculinidade desqualificam e negam, no caso dos homens, determinantes como o corpo reprodutivo.

A partir desses resultados questiona-se a perspectiva das políticas públicas, recorrendo-se às necessidades que a literatura recomenda satisfazer, como acesso às tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, vínculos com o serviço e autonomia no modo de andar a vida. Pode-se evidenciar como a desqualificação das especificidades de gênero gera obstáculos de acesso e uso de tecnologias existentes e impede o desenvolvimento de uma atenção primária que evite a reprodução das atribuições tradicionais de homens e mulheres perante sua saúde.

### **3.3. Vulnerabilidade e percepção masculina do autocuidado**

Nem sempre “o masculino” foi objeto das ciências nem o homem figurava como objeto de reflexão. Conforme Heilborn e Carrara (1998), tomado como universal, o masculino representava a espécie humana. Através dos movimentos feministas e dos movimentos dos direitos homossexuais, as denúncias envolvendo violência doméstica, assédio sexual, monopólio no mercado de trabalho, discriminação e violência homofóbica, entre outras, foi possível abrir brechas na dominação masculina e questionar comportamentos e valores que estavam naturalizados, vistos como inerentes ao corpo e ao mundo masculino.

Carrara (2009) aponta na sua perspectiva de análise sobre a Política de Saúde do Homem que o homem deve ser politizado em vias de ser consciente das suas vulnerabilidades; a sua dificuldade de sensibilidade com o autocuidado, principalmente pelo acesso à atenção básica, ou seja, torná-los protagonistas e empoderados pela sua saúde.

Neste caso, consciência política, "protagonismo" e medicalização aparecem como indissociáveis. Assim, na busca de compreender que homem é aquele afirmado como objeto da PNAISH que traça breves linhas de análise e pistas de debate.

Um dos determinantes de saúde, que torna o homem mais fragilizado em relação aos fatores de risco diz respeito às relações de gênero. Segundo Schraiber (2010) gênero é referente sócio-histórico que, baseado nas diferenças entre os sexos, estrutura material e simbolicamente a vida social, estabelecendo entre homens e mulheres, ou entre pares de cada qual, relações de valor desigual, com o domínio histórico do masculino.

Este processo recobre o corpo biológico em seus usos historicamente construídos, de que decorrem não apenas carecimentos diversos para homens e mulheres (e adoecimentos), como também reconhecimentos diversos de suas necessidades de saúde, tornando os homens mais vulneráveis às doenças preveníveis.

Poucos estudos buscam entender como os significados de conforto ou desconforto são produzidos na relação do indivíduo com a doença e com as práticas de saúde. Segundo Mussi “quando a magnitude dos sintomas se intensifica, os



homens relativizam o cotidiano e passam a valorizar os incômodos como objeto de interação agravamento dos incômodos ou a dor insuportável paralisa sua insistência em prosseguir tentando manter o cotidiano. (Mussi, 2002, p. 118)

Segundo a autora na percepção de total impossibilidade de fazer qualquer coisa, o homem se sente como tendo "perdido" a identidade, deixando de ser pessoa "tendo a identidade pessoal suspensa" para assumir o papel de paciente - e de paciente que "não pode". Interagindo com o protocolo das restrições impostas para o cuidado do coração doente, sente comprometida a ação espontânea segundo a própria racionalidade, seus próprios desejos, impulsos ou escolhas.

Nas interações com a equipe médica, o paciente perde a competência de julgar e agir. Se antes sua ação era espontânea, agora é normatizada; o padecer reside na perda da ação relativamente autônoma que o qualificava como indivíduo, com decisões adultas: aqui a ação é totalmente norteadada por uma racionalidade externa a si mesmo.

A ação médica parece não acompanhar os resultados em tentar tirá-los da ilusão de que poderiam assumir "vida normal". Parece haver uma contradição na racionalidade médico-científica, entre a constatação dos indicadores de risco para o infarto e o tratamento hospitalar, que não inclui uma dimensão eficaz de prevenção que deve extrapolar a área médica para outros setores, como a saúde pública e o próprio mundo do trabalho.

Ao projetar o modo de preservar a vida, confronta-se com um paradoxo: o desejo de assumir a vida tal como antes do infarto, contrapõe-se à intenção de submeter-se às normas médicas para poder preservar a vida. Começa a julgar a vida em busca de caminhos para sobreviver; julgando racionalmente o cotidiano, passa a aceitar padrões de comportamento a serem adotados daí para frente. E, entretanto, transita para a vida cotidiana com a insegurança da "cura", a imprevisibilidade do que pode acontecer, o temor do retorno da doença.

Segundo Korin (2001), em sociedades que equiparam poder, sucesso e força como características masculinas, os homens buscam no processo de socialização (pela mídia, entre pares, na família) o distanciamento de características relacionadas ao feminino como sensibilidade, cuidado, dependência e fragilidade.

Estas atribuições simbólicas diferenciadas entre homens e mulheres resultam, muitas vezes, para os homens, em comportamentos que os predispõem a doenças, lesões e mortes. O mais comum é que homens casados dependam de

suas mulheres no cuidado à saúde. Assim, para eles, o casamento percebe-se como fator protetor diante de doenças, o que não acontece com as mulheres.

Por muito tempo, os homens foram estudados numa perspectiva essencialista, como se a biologia predeterminasse seu comportamento e todos fossem iguais. No estudo das masculinidades torna-se fundamental evitar reduzir as análises apenas a traços ou características diretamente associados ao hegemônico ou ao seu polar, marginalizado, pois na vida cotidiana deve-se considerar a posição concreta e particular dos sujeitos em cada grupo de referência.

Voltar-se para uma aproximação de gênero implica requalificar o agrupamento "homens". Implica, ainda, tomar as masculinidades como o eixo estruturador, construindo, assim, um leque novo de questões para pensar homens e mulheres, como sujeitos com necessidades concretas a serem consideradas em todas as formas de interação. Se a tomada dos homens como objeto, para entendê-los e também às mulheres, representa o esforço empírico concreto de a categoria gênero, o produto de tal esforço efetivamente contribuirá da perspectiva de gênero para renovar o conhecimento e as práticas da Saúde Coletiva.

Já o autocuidado, pode ser entendido, usando a definição do Health Canada Exploratory Study, como "as decisões e ações feitas por alguém que enfrenta um problema de saúde, no sentido de lidar com ele e de melhorar".

Segundo Diniz, 2003, a "divisão sexual do cuidado", as expectativas de gênero com relação ao cuidado de si e dos outros: espera-se que as mulheres cuidem dos homens, das crianças, da casa e de si mesmas. Parece haver uma expectativa masculina de que nascer homem os autoriza a esperar cuidados (comida e roupa lavada, monitoramento da saúde e de maus hábitos, etc.), e a frustração dessa expectativa pode levar a conflitos e mesmo à desestruturação do homem "largado". O auto-cuidado\* seria diferente entre homens e mulheres, o que nos leva a crer que devemos estar abertos para compreender estas diferenças se queremos ter uma assistência mais sensível e mais apropriada a essas diferenças. E apesar de haver um evidente problema de auto-cuidado para os homens, que resulta em graves problemas de saúde tais como uma expectativa de vida menor, quanto da postura masculina de recusa à medicalização não seria uma atitude saudável?

## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo Geral**

Compreender as percepções de autocuidado à saúde entre homens que tiveram infarto agudo do miocárdio.

### **4.2. Objetivos Específicos**

a) Compreender a influência da masculinidade no autocuidado entre homens que tiveram infarto agudo do miocárdio.

b) Analisar de que forma a vivência do infarto agudo do miocárdio modifica as percepções de autocuidado masculino em saúde.

c) Conhecer de que forma os homens infartados vivenciam os adoecimentos, o autocuidado, e comportamentos de promoção e prevenção.

## 5. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva que segundo Kerling (1992) caracteriza-se frequentemente como estudos que procuram determinar status, opiniões ou projeções futuras nas respostas obtidas. A sua valorização está baseada na premissa que os problemas podem ser resolvidos e as práticas podem ser melhoradas através de descrição e análise de observações objetivas e diretas. As técnicas utilizadas para a obtenção de informações são bastante diversas, destacando-se os questionários, as entrevistas e as observações. Procura analisar a frequência de ocorrência de um fenômeno, sua relação e conexão com outros, sua natureza e características, sem manipulá-lo.

As pesquisas qualitativas, segundo o autor, envolvem a observação intensiva e de longo tempo num ambiente natural, o registro preciso e detalhado do que acontecem no ambiente, a interpretação e análise de dados utilizando descrições e narrativas. Elas podem ser etnográfica, naturalista, interpretativa, fenomenológica, pesquisa-participante e pesquisa-ação.

Foi utilizada a entrevista semi-estruturada que permite a aproximação da realidade da saúde masculina e das práticas sociais de cada participante. Na entrevista procura-se estabelecer uma conversa em torno da temática que será abordada com as seguintes questões: a percepção de ser homem na sociedade, o autocuidado, os cuidados com a saúde antes e depois do infarto; a utilização dos serviços de saúde.

As entrevistas foram analisadas pelo método de Análise de Conteúdo a fim de identificar os elementos constitutivos dos discursos a partir da elaboração de categorias originadas nas falas dos entrevistados (Bardin, 1977). Considerando o caráter operacional da análise de conteúdo, essa técnica parte de uma leitura de primeiro plano das falas ou depoimentos para atingir um nível mais profundo, além dos sentidos manifestos do material. Torna-se imprescindível articular os enunciados das falas com os contextos culturais e variáveis psicossociais.

O projeto foi aprovado em 10 de junho de 2013 pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FEPECS no parecer consubstanciado nº 298.596. Após aprovação foram entrevistados oito homens com idades entre 61 anos e 84 anos, trabalhadores, aposentados e desempregados, com ensino fundamental completo ou incompleto, com doenças crônicas ou não e que vivenciaram um infarto agudo do

miocárdio. Inicialmente as entrevistas seriam realizadas no Centro de Saúde nº 4 de Ceilândia no Distrito Federal. A escolha desta unidade básica de saúde foi feita em base a existência tanto de grupos de hiperdia para usuários com hipertensão e diabetes que aconteciam três vezes por semana, como de grupos de ginástica para idosos realizados todos os dias da semana.

Durante o trabalho de campo neste centro de saúde foram abordados 12 sujeitos da pesquisa participantes dos grupos educativos e nenhum deles manifestou ter tido Infarto. Dessa forma, foram procurados outros espaços como no atendimento de clínica médica e na fila da farmácia, onde foi perguntado a vários usuários se tinham tido infarto ou se conheciam alguém que teve. Um deles relatou que teve infarto e foi agendada a entrevista na sua casa.

Dada a dificuldade inicial de identificar homens usuários no Centro de Saúde, no caminho ao encontro da realização da primeira entrevista, levou a observar a área de abrangência do CS Nº 4, onde havia uma praça utilizada como ponto de encontro de adultos idosos, que jogavam dominó e foram perguntados se algum deles havia tido infarto. Três deles relataram a experiência do infarto, e, em seguida foram perguntados se aceitariam participar da pesquisa e os mesmos concordaram agendando o dia e horário para entrevistá-los em suas casas com anuência dos mesmos.

No dia marcado, ao visitar os homens, os mesmos mostraram exames, e falaram sobre o processo de cirurgia que tinham passado, entre eles foi citado o cateterismo, a cirurgia cardíaca, descrita como ponte safena e marca passo.

Utilizando-se a técnica de bola de neve esses entrevistados indicaram outros possíveis sujeitos de pesquisa os quais foram contatados nos seus domicílios e após confirmação da experiência de infarto e da aceitação em participar da pesquisa foram marcadas e realizadas as entrevistas nas próprias casas, por escolha dos entrevistados porque se sentiam à vontade e com tempo disponível.

No primeiro momento foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido aos sujeitos e foi reiterada a realização da entrevista de forma voluntária, sendo que a qualquer momento podia recusar-se. Após a aceitação assinaram o termo, foi entregue uma cópia do termo em que constam os objetivos da pesquisa e os contatos do CEP e coordenação do projeto. As entrevistas foram iniciadas em junho de 2013 sendo todas gravadas. O tempo de duração variou de 30 a 40 minutos. Posteriormente, as entrevistas foram transcritas e concluídas em julho de 2013.

Sobre o meio de coleta de dado foi utilizado um questionário com 53 perguntas, divididas em: a caracterização social e econômica, os cuidados com a saúde pelos homens e a percepção do homem e a utilização dos serviços de saúde.

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa preservou-se o nome dos entrevistados e as informações obtidas, foram utilizados nomes fictícios para ilustração das falas (Divino, Pablo, Genival, Gentil, Galileu, André, Amadeu e Sebastião).

## **6. Resultados**

### **6.1. Quem são os homens sujeitos da pesquisa**

Foram oito homens entrevistados com idades entre 61 e 84 anos. Sete deles nasceram na região Nordeste, e um no Sudeste (Minas Gerais) e moram no Distrito Federal, em média, há 42 anos. Quatro deles cursaram até a quarta série, um até o 1º grau completo, dois concluíram o ensino médio e um é analfabeto. Cinco deles são casados, um em união estável há 34 anos e dois viúvos. A média do número de filhos por homem foi de quatro. Seis deles são aposentados, um ainda trabalha como vigilante e outro é carpinteiro. Seis deles referiram ter plano de saúde familiar e todos indicaram como unidade de referência o centro de saúde nº 4, Ceilândia. Ao serem perguntados pela cor, três se declararam brancos, três “morenos”, um preto e um amarelo. Em relação à religião, dois disseram serem evangélicos e seis católicos.

### **6.2. Análise das falas dos sujeitos de pesquisa**

Os resultados do presente estudo foram agrupados por tópicos sendo: Percepção da masculinidade pelos sujeitos da pesquisa, cuidados com a saúde pelos homens antes e depois do infarto, a fim de perceber mudanças nas atitudes em relação à saúde, utilização dos serviços de saúde antes e depois do infarto, a experiência no momento do infarto, as mudanças no cotidiano depois do infarto, os cuidados tomados e acompanhamento médico depois do infarto, os motivos da ocorrência do infarto segundo a equipe médica e na percepção dos homens, as mudanças no autocuidado segundo os homens e mudanças na percepção da masculinidade.

### **6.3. Percepção do que é ser homem e mulher na sociedade**

Ao serem perguntados sobre como veem o papel do homem na sociedade e na família a maioria (7) mencionou que o homem tem a responsabilidade pela manutenção e o cuidado cotidiano do bem-estar familiar.

O homem tem que ser responsável pela casa, hoje em dia tá dividido mas na minha época o homem que era o responsável pela casa. (Genival)

(...) pra ser homem, ele tem que respeitar os direitos dos outros, pagar dívidas e respeitar todas hierarquias (...) Tem que ter responsabilidade, e respeitar o direito das pessoas, lutar e respeitar a todos. (Pablo)

Compreender a situação do dia a dia, cuidar da família, acompanhar o desenvolvimento da minha família. (Amadeu)

Apenas um dos entrevistados afirmou o papel do homem nas relações pessoais.

Comportar direito, saber tratar as pessoas, não ser agressivo, porque eu sou um pouco agressivo, eu fico muito tempo sem fazer nada, porque eu não era assim, é o seguinte têm 3 anos que eu to aposentado, sem trabalhar, pra mim pelo amor de Deus, nossa senhora! a mulher trabalha, o filho trabalha.(Divino)

Ele tem dificuldades para aceitar seu papel atual que é de aposentado, e o fato de não poder trabalhar, o incomoda. O homem quando perde a autonomia de trabalhar, se vê de mãos atadas e acaba sendo um motivo para ficar irritado com a família, por não poder ajudar como antes do infarto.

Na fala a seguir percebe-se ainda uma visão machista do homem como trabalhador e a mulher como sendo a cuidadora da casa e dos filhos, mesmo com as conquistas das mulheres no espaço do mercado de trabalho, ele não concorda que este espaço também é direito da mulher.

minha esposa morreu em 2010, meus filhos tiveram bons estudos, minha esposa era do lar, ela apenas trabalhava cuidando dos filhos este ao meu ver é o papel da mulher... a contribuição da mulher é cuidar da família, respeitar seus direitos, fazer parte dela, não é a parte financeira integra a pessoa a sociedade é ela ser honesta, correta.(Pablo)

Em relação ao papel da mulher todos falaram, principalmente, sobre a responsabilidade pelo cuidado e a educação dos filhos. O homem admite a importância da mulher na família, mas não percebe como a mantenedora da casa, visto este, como um papel exclusivamente masculino.

Ela também trabalhava na roça, e me ajudou a educar os filhos. (André)



a companheira da gente é igual Deus no céu, agora mesmo ela foi ver um remédio no posto pra mim. (Amadeu)

No que diz respeito à mudança dos papéis de homens e mulheres, todos concordaram que houve mudança, citando que em época passadas as mulheres não trabalhavam, e os homens eram responsáveis por manter a casa.

Hoje em dia mudou, a mulher trabalha, o marido quer que ela ajude a pagar o aluguel, escola e o dinheiro dele gasta com a cervejinha, e o que sobra gasta com a esposa, tem que ser ao contrário, o que sobrar que deve gastar com a cervejinha. (Pablo)

Em questão de religião, a mulher é mais devota, antes era diferente, hoje a mulher trabalha quer ser independente, eu concordo. (Amadeu)

#### **6.4. Cuidados com a saúde antes do infarto**

Quando perguntados se na infância ou adolescência procuraram serviços de saúde a maioria (6) disse que não, justificando essa negativa pelo fato de que naquela época e nos locais de origem não tinham serviços ou não se preocupavam com a saúde.

Não, na minha época não tinha nem médico, a gente foi criado no mato no Maranhão. (Genival)

Não, fui criado na roça e lá não tinha hospital. (Gentil)

Dois dos entrevistados relataram que na infância e na adolescência foram levados aos serviços de saúde por cuidado materno.

minha mãe levava, periodicamente, ela era preventiva (Pablo)

Eu lembro, como eu não tenho convênio, tudo ótimo sempre fui em hospital, sempre fui em posto de saúde, toda vida eu precisei da rede pública, toda vida eu gostei de ir até quando não tava doente, ia até ver amigos. (Amadeu)

Ao perguntar se a experiência que teve na infância contribuiu para o cuidado que tem pela sua saúde hoje, a maioria (7) mencionou que poderia ter tido mais cuidado com a saúde.

*A gente veio conhecer isso aqui em Brasília, você acredita, porque a gente morava no mato, antigamente era o farmacêutico ele que fazia o tratamento*

*igual médico, ele que tratava, vim conhecer posto de saúde aqui em Brasília de 66 pra cá.(Divino)*

*“Por não ter tido cuidado antes, que minha saúde ficou assim, hoje em dia eu sou muito cuidadoso com a minha saúde.” (Gentil)*

Quando perguntados sobre os cuidados com a sua saúde antes do infarto, a maioria (7) disse não ter tido nenhum e que só procurou ajuda médica quando aconteceu o infarto.

*Olha, a pessoa vacila muito, mais depois quando eu comecei frequentar o hospital que fiquei sabendo o que estava ocorrendo.(Gentil)*

Apenas um disse ter procurado com frequência os serviços de saúde para *“tomar injeção da gripe”*. A literatura aponta essa realidade como exceção, pois os homens na sua maioria procuram atenção médica em situações emergenciais e de intensa dor e não para ações de promoção e prevenção da saúde.

Um dos entrevistados mencionou procurar o benzedor para cura, pois seu pai era benzedor.

*Naquele tempo, quando sentia uma dor de cabeça a mãe da gente fazia era um chá, ninguém preocupava com saúde, aquele tempo tinha um mal, que meu pai que curava os pessoal. (Divino)*

Sobre a alimentação antes do infarto a grande maioria diz ser *“precária”*, *“péssima”* e *“não saudável”* atribuindo essa condição à vivência na roça pela qual *“tinham que se conformar com aquilo...”*.

Em relação ao uso de receitas caseiras, a maioria respondeu que utilizava e mencionou os chás de plantas medicinais sendo os mais usados para a dor, *“xarope de mastruz, remédio do mato, com casca de pau essas coisa”*.

O saber popular também deve ser valorizado, pois são as experiências de vida que dizem se o remédio caseiro é eficiente, se houver um diálogo e troca de experiência entre o médico e o paciente, estes homens serão melhor compreendidos e a equipe de saúde terá uma visão holística.

Em relação à atividade física considerada como fator importante para a prevenção de problemas cardíacos, três relataram fazer alguma atividade física sendo que um deles descreveu os trabalhos da roça como exercícios e dois

referiram esportes. Os outros cinco disseram não praticar atividade física antes do infarto, mas quatro deles passaram a fazer caminhada só depois de orientação médica após o infarto.

Não, é só puxar enxada era a física que agente fazia lá. (Divino)

Sempre eu faço, bicicleta, caminhada, se não a doença toma conta do corpo da gente e morre mais rápido (Pablo)

Todos consideraram que a religião ajuda de certa forma para ocupar a mente.

Ajuda pelo seguinte, a gente de certa forma é uma ocupação, agente em vez de pensar em besteira, agente fica pensando em deus, agente pensa como chegar a ele, eu vou mais não é todo dia, eu sigo os mandamentos. (Pablo)

Sim na fé na sua obrigação de ir á igreja. (Amadeu)

É quando a gente ta pensando na religião está evitando de pensar o mal. (Sebastião)

Sobre a automedicação quatro disseram que faziam essa prática, *“comprava por conta própria sem receita”*, mas deixaram de fazer por orientações médicas, *“antigamente tomava, aí os médicos falaram pra não tomar por conta própria só por eles”*. E quatro disseram só tomar remédio com receituário médico.

Tomava, sentia aquela dor no peito, eu corria na farmácia e comprava um comprimido amarelo e ele me aliviava. (Divino)

Quando foi mencionada a frequência de realização de exames, um relatou que realizava os exames admissionais e demissionais exigidos pela empresa; cinco deles não faziam exames como medida de prevenção.

Só tomava o chá, se tivesse um hospital a gente ia pra lá. (Sebastião)

Não. Só fiz o exame do coração, o eletrocardiograma, o médico dizia que não tinha nada e acabou que me pegou. (Divino)

Sobre o uso de álcool, cigarro ou drogas ilegais, a maioria (7) relatou ter fumado e bebido por muitos anos, mas deixaram por problemas de saúde, incluindo o infarto, e todos negaram a experiência de consumo de drogas ilegais.

Eu fumava á 47 anos, e bebia também, parei depois que descobrir que estava me fazendo mal, depois que recebi os exames. (Gentil)

Fui obrigado, por causa do infarto. o médico me proibiu, e no dia que eu adoeci eu fumei. (Divino)

Sim fumava e bebia, a única droga que usei foi cigarro, eu parei por que eu tive umas dores de estomago o medico falou você vai parar de fumar que vai passar, aí eu parei e nunca mais fumei, também por conta própria. (Amadeu)

(...) tomava muita cerveja, eu fumava cigarros 4 por dia, porque achava bonito, fumei uns 4 ou 5 anos, parei e nem sinto saudade... Agora quem usa droga proibida dá um tiro no pé (Pablo)

já fumei, bebi muito, mas tem a base de 20 anos que deixei, graças a Deus me libertou desse vício... até hoje eu não conheço droga nenhuma, só na televisão que eu vejo o pessoal mostrando maconha, graças a Deus.(Galileu)

## **6.5. Utilização dos serviços de saúde antes do infarto**

A maioria (7) não procurava serviços de saúde para prevenção antes do infarto. Alguns relataram ter procurado em situações de emergência, como um deles descreveu ter tido câncer o que lhe motivou a frequentar de forma rotineira os serviços de saúde; outros porque alguém próximo marcava a consulta para ele, e não por procura própria; apenas um dos entrevistados relatou procurar os serviços de saúde até mesmo quando estava saudável.

Eu lembro, como eu não tenho convenio, tudo ótimo sempre fui em hospital, sempre fui em posto de saúde, toda vida eu precisei da rede pública,toda vida eu gostei de ir até quando não tava doente,ia até ver amigos...Claro eu sempre ia no posto, tomar injeção da gripe. (Amadeu)

Eu fazia, quando eu trabalhava no hospital, eu nem marcava consulta, eles ia me chamar na marcenaria pra fazer um exame, eletrocardiograma e não dava nada não. (Divino)

Procurei, eu procuro sempre, final de 2008 pra cá eu to sempre nos serviços de saúde, foi quando detectou a diabetes e o câncer em 2009, fiz 3 cirurgias, foi câncer de próstata.eu busco remédio pra diabetes e hipertensão , eu busco no serviço de saúde público,no posto de saúde. E o hospital eu procuro quando preciso de consulta, exame aí eu vou na unidade privada.eu não vou ao serviço médico público poque é muito difícil, por isso que eu vou no particular, eu tenho um médico desde de 2009 me acompanhando. (Pablo)

Aos entrevistados foi perguntado como e quando surgiram os sintomas do coração. Quatro relataram que só sentiram sintomas no dia do infarto e não perceberam nenhum mal-estar nem algo diferente no coração que chamasse a atenção.

Só no dia do infarto mesmo em 2010, senti uma queimação, senti uma falta de ar, uma dor no estômago. Tinha 65 anos. aí quando eu fui no posto e o médico falou que eu tava com infarto, mas meu infarto não foi tão grave. (Amadeu)

Nunca senti nada. Não sabemos se tem e quais, eu to fazendo exames ainda pra descobrir, eu fui fazer uma consulta, e fiz um exame de eletrocardiograma e a médica falou,você teve um infarto, e eu disse não tive não, e ela disse você teve, então pediu uns exames. (Pablo)

Há 5 anos atrás, eu não sentia nada de repente sentir uma dor, eu tinha 69.”(Sebastião)

Enquanto, os outros quatro entrevistados disseram ter sentido alguns sintomas (dor no peito, dor no braço, falta de ar) antes do infarto só que não deram importância porque acharam que não seria grave e não reconheceram como sintomas do infarto.

com 50 eu sentia dor no peito e não fazia nada. (Gentil)

Não sentia nada não, como eu te falei eu via aquela dor no peito vinha, eu corria na farmácia, aí a mulher da farmácia falou olha você procura um

médico hoje, e comprei o comprimido, quando foi no dia dos pais, quando cheguei fumei um cigarro, aí a dor pegou no peito e nos braços que tá demais da conta (Amadeu)

Não senti dor no braço, era só no peito, eu senti a primeira vez, pensei que era gases aí passou, a segunda vez estava no dentista, tava torcendo logo para terminar logo sentindo a mesma dor, cheguei em casa tomei um banho e fiquei com dor na barriga e corri pro banheiro, e essa dor não passava aí falei pra ela e fomos pro hospital. (Genival)

Olha teve um dia que eu acordei sentindo muita falta de ar, e não quis dormir com medo de acontecer algo, bebi água, e fiz questão de não dormir. às vezes eu sentia algo tremendo, fadiga eu tenho nas pernas. (Pablo)

## 6.6. Experiência no momento do infarto

Sobre os sintomas percebidos no momento do infarto, alguns falaram sobre: dores, falta de ar, dúvidas sobre o que estava acontecendo e procura de ajuda médica ou algum familiar.

eu tava aqui, sentir uma dor no peito forte, minha nora me levou pro renascer, era uma dor cansada uma dor debaixo do estomago. (Sebastião)

Três negligenciaram os sintomas do infarto, esperaram passar, pois pensavam não ser nada grave.

Não senti dor no braço, era só no peito, eu senti a primeira vez, pensei que era gases aí passou, a segunda vez estava no dentista, tava torcendo logo para terminar logo sentindo a mesma dor, cheguei em casa tomei um banho e fiquei com dor na barriga e correr pro banheiro, e essa dor não passava aí falei pra ela e fomos pro hospital. (Genival)

Ela não falou, ela só falou que não foi agora, aí eu lembrei que teve aquele dia que sentir falta de ar, e não queria dormir.. (Pablo)

Não eu passei três dias em casa, quando eu vi que a coisa era séria, que eu procurei ajuda médica. (Gentil)

No que diz respeito a procura por serviços de saúde no momento do infarto, cinco dos entrevistados referiu ter pedido ajuda da família e procurado a

emergência, um procurou o posto de saúde e foi encaminhado para o Hospital de Base, dois disseram esperar passar e só depois de muito tempo procurar.

Foi, no renascer, de lá fui pro instituto do coração. (Sebastião)

Tinha 65 anos. aí quando eu fui no posto e o médico falou que eu tava com infarto, mas meu infarto não foi tão grave. (Amadeu)

Não eu passei três dias em casa, quando eu vi que a coisa era séria, que eu procurei ajuda médica. (Gentil)

Ao ser perguntados sobre como encararam a doença, todos disseram ter visto com tranquilidade, de maneira natural, talvez por não saberem da gravidade dessa doença, e não saberem dos sintomas do infarto, visualizaram a doença como algo “*normal*”.

A doutora falou com a minha filha, eu cheguei aos gritos, me consultou, falou você vai ficar internado, a minha filha que falou com o médico, pela dor que eu sentir era pra eu te morrido, mais deus é muito grande... Eu não sabia de nada não, não sabia como reagir. Foi tudo muito rápido, não dava pra sentir nada que eu não sabia nem onde eu tava.. (Divino)

Normal nada me assusta mais (Pablo)

Encarei numa boa. (Amadeu)

Sobre os sentimentos relatados no momento do infarto, todos concordaram não estarem muito preocupados por não saber o que estava acontecendo, e no momento não sabiam que estavam com problemas no coração.

Na hora não tava preocupado, pois já tinha sentido outras vezes e passava. (Divino)

A minha preocupação foi pra não dormir, pois poderia ter algum problema e me manter acordado e beber água. (Pablo)

Nunca que eu pensei que era doença do coração não, a primeira coisa eu chamei meu filho, liguei pra ele. (Sebastião)

Sobre o período de hospitalização, todos disseram sentir tranquilidade e paciência, alguns pensavam em voltar logo pra casa, ou de passar logo as dores. Apenas dois disseram não ter reclamações sobre o período de passou internado.

Fui muito bem cuidado, bem atendido, uma equipe de médico muito boa eu não tenho o que reclamar. (Amadeu)

Eu achei bom, porque deus me aliviou das minhas dor, muito bom nas forças armadas e Taguatinga.. (Divino)

Fiquei cinco dias, dois na UTI e três no apartamento, tinha outras pessoas aí a gente conversava, eu fiquei tranquilo, como eu sou brincalhão eu ficava conversando, só pensava eu voltar pra casa, mas o médico disse que eu tinha que ficar em observação, pra eles, pra mim não.(Genival)

A maioria (6) sentiu algum desconforto por estarem internados, um se sentiu preso, outro se sentiu negligenciado, outro reclamou da comida, um não chegou a ser internado por não saber que tava tendo um infarto e até hoje duvida mesmo com o diagnóstico médico e o outro sentiu tristeza.

Passei 30 dias internado, eu esperava uma vaga pra cirurgia, mais foi passando rápido agente ia conversando muito, tinha uma colega meu que queria fugir do hospital, aquilo parece uma prisão mais agente sabe que vai sair. (Gentil)

A UTI eu achei muito ruim, mais quando passou pra o apartamento ai subi no céu, depois que eu acordei eu estava amarrado, eu me sentir preso, na UTI eles são ruim, não me davam comida não me davam banho, mais chegou a medica e cuidou de tudo mandou limpar tudo me deu banho, trouxe um banquete pra eu comer, fiz nebulização, a doutora bem novinha, ela disse agora vou vai ser bem tratado que eu sou da sua terra.(Sebastião)

Senti ruim, depois da cirurgia melhorei, a comida não dava, era sem sal de tudo, só podia sair no dia certo tinha que esperar, fui bem tratado graças a Deus. (André)

Muitas emoções, ver outras pessoas quase morrendo, muita tristeza quando ver as pessoa, então a gente tem que fazer de tudo pra viver mais (Galileu)



### 6.7. Mudanças no cotidiano depois do infarto

Foram perguntados sobre as orientações que receberam da equipe de saúde depois do infarto, todos lembraram sobre a necessidade de mudanças na alimentação, tomar os medicamentos de maneira certa, e a prática de atividade física.

Esses que eu te falei, manearar, não comer nada de gordura, só um pão com manteiga sem sal, filezinho de frango, e parar de fumar e beber. (Gentil)

O que o médico falou pra mim, me passou os remédios e disse que eu tinha que deixar isto, e eu deixei tudo, negócio de gordura, sal... eu faço caminhada, porque sentia dor nas pernas, pois ficava muito tempo sentado assistindo televisão, umas 5 horas fazia uma caminhada e voltado às 7 horas na noite é muito bom exercício não tem coisa melhor que exercício. (Galileu)

As orientações foram pra eu tomar os remédios certinhos, parar de beber, parar de fumar, meu acompanhamento mesmo foi no ENCOL, que falou que eu tinha que fazer o cateterismo, que minhas veias estavam entupidas e o coração danificado. não teve escape não teve que fazer a cirurgia (Divino)

Em relação às mudanças do autocuidado, em geral, os entrevistados relataram mudanças e preocupação maior com a saúde apesar de que a maioria (7) reconheceu não seguir à risca as orientações dadas pelos médicos, devido às dificuldades de realizar esses câmbios. Dois mencionaram se cuidar para evitar que a doença se repita.

Mudei por causa da doença, se não até hoje fazia do mesmo jeito, tinha que mudar porque o médico falou. (Gentil)

Eu passei a tomar os medicamentos, deixei as coisas que tinha que deixar mesmo, gordura, refrigerante, graças a Deus hoje eu sou outra pessoa. (Galileu)

Não só que a gente pensa que é forte, mas se fizer uma força depois que acontece uma coisa dessa fica sentindo dor, pensa que dar conta mais não dá, não tem nenhum homem mais forte que o outro, não tem jeito. (Gentil)

Em relação às mudanças no cotidiano, todos concordaram que houve nas suas atividades profissionais, na alimentação, na atividade física, no lazer, na autonomia, nos cuidados com a saúde e na força masculina.

Mudou que eu não posso trabalhar, agora com orientação médica eu faço caminhada. (Gentil)

Mudou que eu não posso trabalhar, Agora com orientação médica eu faço caminhada... Não poder viajar sozinho, não poder trabalhar... (Amadeu)

Mudou muita coisa, agente não tem mais aquela liberdade, eu viajava sozinho pra minha terra, que eu viajava muito, nunca mais eu fui, minha esposa não gosta de viajar, e eu falei pro médico agora a pouco, que eu tava querendo viajar, só que ele não me autorizou, ele não liberou não, ele disse que no meio da viagem eu dava um ataque e aí o que o senhor vai fazer (Divino)

## 6.8. Cuidados tomados e acompanhamento médico depois do infarto

Na questão dos cuidados com a saúde depois do infarto e o cumprimento das orientações médicas, todos disseram seguir, porém alguns deles referiram ter dificuldades para deixar alguns hábitos.

Estou né. porque eu vi acontecer com outras pessoas e elas tornar a fazer as coisas erradas, e acontecer de novo, então eu disse pra mim que quando acontecesse comigo eu ia mudar, mas minha saúde tá bem melhor depois da cirurgia, a saúde da gente vale muito. (Gentil)

Sigo sim, senão ia adiantar eu tá procurando eles, né minha filha... Se a médica falar que meu coração tá grande, pequeno e falar que tenho que mudar meus hábitos eu não vou mudar. (Pablo)

Em relação à satisfação do atendimento, todos elogiaram os serviços de saúde.

A saúde pública nem sempre é bom, é satisfatório, ele às vezes é incompleto... eu jamais diria que é ruim porque utilizei aquilo e jamais eu diria que era ótimo pela dificuldade que eu tive pra conseguir. (Pablo)

Muito bom, do médico, foi uma maravilhosa, tratava agente com uma mão por cima e outra por baixo, lá é gente tudo boa, não sabe de dar uma má resposta, não grita, um silêncio, examinava a agente. (Divino)

No que diz respeito à informação do estado de saúde e do tratamento, todos disseram ter tido informações, porém nas falas dos entrevistados percebeu-se que as informações dadas pelos médicos não foram compreendidas de forma clara.

sim eles passaram a receita de que tinha que manejar na comida , sal, deixar de fumar menos, manejar nas bebidas, agora ta tudo bem.Eles disseram que não tinha mais vestígio nenhum. Primeiro eles falaram que teria que fazer ponto safena, mais depois fizeram outros exames e resolveram fazer cateterismo.(Gentil)

Sim todo o tratamento. De não pegar peso, não fazer arte,tomar os remédios certos no horário certo. Seria só com remédio e fazer a física, caminhada. (Amadeu)

Falou que tava doente, que tinha que mudar todas estas coisas,aí examinei, colocou o matapasso passou 10 anos com o matapasso, agora faz um ano que mudei. (André)

## **6.9. Motivos da ocorrência do infarto segundo a equipe médica e segundo os homens**

Foram perguntados se eles tiveram alguma explicação da equipe médica do porque aconteceu o infarto, a maioria (7) disse não ter tido nenhuma explicação da equipe médica, e achar que é algo que acontece de repente e não tem explicação e dois mencionaram que a alimentação influenciou para a ocorrência do infarto.

Porque a veia entupia, porque eu comia gordura demais. (André)

Mas o por quê não falaram o motivo, eu acho que foi a alimentação. (Amadeu)

Não ela não falou, ela só falou que tinha tido o infarto que eu vi através do eletrocardiograma. (Pablo)

Sobre a questão das orientações dos médicos e se estão seguindo, todos disseram seguir, mas às vezes acabavam deslizando, pois segundo eles seria muito difícil seguir tudo.

Mais ou menos, porque é difícil seguir tudo, eu como o que tenho vontade.  
(Genival)

To, tomando o remédio certo e orientação de comida (Sebastião)

O que o médico falou pra mim, me passou os remédios e disse que eu tinha que deixar isto, e eu deixei tudo, negócio de gordura, sal(Galileu)

As orientações foram pra eu tomar os remédios certinhos, parar de beber, parar de fumar, meu acompanhamento mesmo foi no ENCOL, que falou que eu tinha que fazer o cateterismo, que minhas veias estavam entupidas e o coração danificado. Não teve escapo não teve que fazer a cirurgia... Seguir não to comendo muita gordura, mais sal eu to comendo muito uma fruta que eu vou comer eu passo o sal por cima, é gostoso demais. Mas agente já tá no final da vida tem que comer o que tem vontade não é não.(Divino)

E na opinião dos homens de que porque aconteceu o infarto, alguns mencionaram o uso de cigarro ou alimentação, mais a maioria (6) disse não ter explicação para o infarto.

Não tenho ideia, sabe que a morte vem sem desculpa. (Divino)

se a gente pudesse evitar antes o cigarro né, á saúde é importante demais.  
(Gentil)

eu acho que foi porque eu tomei muito picolé de graviola,eu tomei três picolé de graviola, por que eu fiz muita força no ônibus(André)

Teve muito problema, as vezes quando eu comia essas coisa, a bebida,o cigarro eu fumei 60 anos, estes cigarros ele prejudica mais do que o cigarro de fumo, eles já fazem do ponto da pessoa viver menos. (Galileu)

#### **6.10. Mudança no autocuidado segundo os homens e mudança na percepção da masculinidade**

Sobre a atitude de fazer algo para evitar o infarto, a maioria (6) disse não poder fazer nada, pois não sabia dos sintomas, nem como evitar.

Não podia fazer nada não, porque ninguém tava pensando naquilo, ninguém aqui de casa sabia que quando sentia esta dor que o infarto que estava se aproximando, nem minha mulher, nem me filha pensou nisso. (Divino)

Eu não sei, eu nunca esperava isso, nunca esperei, nunca bebi nunca fumei. (Sebastião)

Nada. Eu nem pensava nisso aí. Hoje se eu sentir alguma mudança igual aquele dia eu já não vou ficar parado. (Pablo)

Os outros dois atribuíram o não uso do cigarro, e a não alimentação com carne vermelha e gordura para evitar o infarto:

se agente pudesse evitar antes o cigarro né, á saúde é importante demais.(Gentil)

Sim, igual as carnes, alimentação, todo mundo sabe que o entope as veias é a gordura, então eu exagerava no churrasco com carne vermelha. (Genival)

Todos concordaram que não tinham nenhum comportamento e hábitos a ser mudados e o que já tinha que ser mudado, já mudou e que está seguindo as orientações médicas.

Eu achava que o médico tinha que mudar alguma coisa nos meus remédios, porque agente vai tomando, acaba que não faz mais efeito.eu não tenho nada que mudar:eu como carne de porco, torresmo,ovo, graças a deus nunca me fez mal, agente também já tá no final da vida, tem que comer o que tem vontade.(Divino)

eu não tenho nada que mudar (Pablo)

Não precisa mudar mais nada. (André)

Sobre o sentimento de medo no momento do infarto e qual medo sentem agora, dois comentaram não ter tido medo na hora e um nem no momento atual, o outro comentou não querer ser dependente das pessoas.

Pra mim ta bom. tô tendo minhas consultas certinhas. (Amadeu)

Não nunca tive medo sabe filha, Pra mim eu nunca tive o infarto não tive medo do bicho porque não vi o bicho. Não tem nada que eu possa mudar as correções tinha que ser feita já foi feita. O que eu não queria é ficar sem se locomover, pois quando eu tive o câncer eu fiquei sem locomoção, não que eu tenha medo, eu só não queria que acontecesse. (Pablo)

Dois disseram ter medo de acontecer o IAM novamente, será que eles não teriam o medo de reincidir o infarto por não está seguindo as orientações médicas ou por reconhecerem os sintomas, e assim não teriam como pedir ajuda por socorro e comentaram que com o avançar da idade fica mais difícil resistir a esta doença.

sinceramente que ele repete, eu perguntei pro médico se pode repetir, se ele voltar de novo eu não aguento não. (Divino)

Que volte a doença de novo. Sim né porque a idade avança é mais difícil. (Genival)

Ficar em cima da cama, sem poder fazer nada, dependendo dos outros, dos filhos, então eu vi muita gente ruim no hospital sem poder fazer nada e não tinha ninguém pra ficar velando em cima da cama. (Gentil)

Quando perguntados se a concepção do que é ser homem mudou depois do infarto, a maioria (6) disse ter alguma mudança, ou na força física, na autonomia e um comentou que a saúde sexual fica prejudicada.

eu não sou aquele homem que eu era mais não, antes de adoecer bem que era outro homem, outra pessoa, tinha mais força, agora não é como antigamente (Divino)

O que muda na gente e na parte sexual, diminui muito a potencia, os remédios fortes né (Sebastião)

Não só que a gente pensa que é forte mas se fizer uma força depois que acontece uma coisa dessa fica sentindo dor, pensa que dar conta mais não dá, não tem nenhum homem mais forte que o outro, não tem jeito.” (Gentil)

Mudou, eu era forte, era outro, hoje to mais fraco, mais combatido. (André)

## **7. Considerações finais**

Segundo os resultados os homens não procuram com frequência o atendimento médico para prevenção de agravos, depois de uma situação grave acaba-se preocupando mais com a saúde, mas os cuidados se limitam a alimentação e alguma atividade física. Os comportamentos tidos como masculinos como a vontade de trabalhar, e a espera que algum parente tenha a iniciativa de marcar consultas, receber medicamentos ou fazer um plano de saúde familiar por preocupação depois de ter acontecido o infarto, não mudaram com o acontecimento de uma doença grave como o infarto.

Os mesmos resultados foram encontrados por Mussi (2002), o infarto (doença isquêmica do coração) traz impacto na vida produtiva e privada dos homens que sofreram, levando-os a mudar hábitos alimentares, restringir a vida sexual, limitando o lazer e outras atividades e, no limite, tornando-se dependentes; trabalham menos, mudam de ramo ou aposentam-se e param de trabalhar. Mas o fato de homens que tiveram infarto insistirem em retomar a mesma vida de antes sugere que o tratamento não privilegia uma atuação voltada a mudanças no seu estilo de vida.

Os resultados revelam que o homem, não vê motivos para ter acontecido o infarto, o que na medicina é comprovado ao contrário, em que hábitos e condições de vida como o uso de cigarro, sedentarismo, alcoolismo e alimentação influenciam para a ocorrência do infarto. A pesquisa revelou que apenas um dos participantes não usou cigarro ou bebida alcoólica ao longo da vida. Em relação à alimentação todos reconheceram como não saudável, e que tiveram que mudar seus hábitos alimentares depois do infarto. A maioria não praticava atividade física. Todos estes comportamentos são fatores de risco para o infarto.

Os mesmos achados foram encontrados por Meniconi, em 2006, em uma pesquisa inédita, com mais de 800 pacientes do Hospital de Base sobre o perfil dos enfartados na capital federal. O autor demonstra que 75% das pessoas que enfartam no DF e Entorno é de homens, mais da metade deles tem pressão alta, são sedentários e tem diabetes e 40% são fumantes.

No que diz respeito à informação e comunicação em saúde para o público masculino, que hoje se resume a panfletos sobre DST's (Doenças Sexualmente Transmissíveis) e câncer de próstata, deve-se incorporar uma perspectiva integral

da saúde dos homens, e não apenas a saúde reprodutiva. Nos achados da nossa pesquisa observa-se que a falta de informação teve influência no fato dos homens não reconhecerem os sintomas iniciais do infarto. O estudo de Meniconi mostra os mesmos resultados que mesmo correndo o risco de um segundo infarto a qualquer momento, 18% dos entrevistados não sabem reconhecer os sintomas de um ataque do coração. Outros 39% disseram que sabem reconhecer pouco, enquanto 43% afirmaram que os conhecem bem.

A nossa pesquisa revela a necessidade de qualificar e ampliar a informação dos serviços para a saúde integral dos homens a respeito das doenças e agravos prevalentes na população masculina. Dessa forma, os programas e estratégias, com linguagem acessível, devem promover os cuidados com a saúde e o reconhecimento dos saberes a fim de contribuir para o desenvolvimento do bem-estar físico, psicológico, social e espiritual sem culpabilizar os homens em relação à busca por informação em saúde.

A organização dos serviços de saúde deve acolher os homens de forma integral, desde a atenção básica, que abrange a prevenção da doença, e a manutenção da saúde dos que estão saudáveis. Cabe o desafio da implementação da sala do homem nas unidades básicas assim como foi a conquista da sala da mulher, e um profissional preferencialmente homem para atendê-los, pois se sentem mais à vontade para falar da saúde sexual e reprodutiva.

Sobre as mudanças no cotidiano e forma de viver, e cuidados de sua saúde, todos disseram não precisar mudar nada. O que mostra Meniconi, que somada à falta de informação, a resistência dos pacientes se mostra como um problema. Segundo a pesquisa, 20% não mudaram os hábitos de vida depois do infarto. E os médicos acreditam que esses números devem ser até maiores.

O que condiz com os resultados encontrados na pesquisa, pois alguns não seguem com rigor as orientações médicas, um até mencionou se a médica disser que ele precisa mudar alguma coisa, ou parar de ter certo comportamento, eles não mudara, por não acharem que suas condições de vida não deve ser mudada todos concordam não saberem os motivos que causaram o infarto.

A conclusão que temos é o que é afirmado no início do trabalho que é preciso mudanças culturais, para que a masculinidade não acarrete uma vulnerabilidade para algumas doenças que tem como fator protetor comportamentos e condições de vida, como o caso do infarto.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. (2009). Ministério da Saúde. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde.-Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444p.

CARRARA, Sérgio; RUSSO, Jane A.; FARO, Livi. **A política de atenção à saúde do homem no Brasil: os paradoxos da medicalização do corpo masculino**. Physis, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009. Disponível em: acesso em 26 de maio de 2011.

DINIZ, Simone Grilo; BARBOSA, Sérgio; LOURDES, Rosa; MACEDO, Ana Fátima; Galati; MACHADO Maria, ARGOLO, Marta. **O que acontece quando ela leva uma receita de tratamento de DST para ele ?. Projeto Integrando as ações de saúde reprodutiva e de prevenção de DST/AIDS** Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde (CFSS). Apoio da CN-DST/AIDS., 2003.

FIGUEIREDO, WAGNER. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciências & Saúde Coletiva*, 2005(1), p.105-109.

GOMES, Romeu. Nascimento, Elaine F. & Araújo, Fabio C. (2007). **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior**. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 1-18. Acesso em: 11 dez. 2012, de: [www.scielo.org](http://www.scielo.org)

GOMES, **Romeu**. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciências & Saúde Coletiva*, 8(3), 2003. 825-829.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Trad. Claudia Buchweitz e Pedro M Garcez. – 4. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2003

KERLINGER, Fred N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais; um tratamento conceitual**. São Paulo : 1980. EPU/EDUSP.

KORIN, D. **Novas perspectivas de gênero em saúde**. Revista Adolesc. Latinoam V.2, n. 2, p.67-79, 2001.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge, AZEVEDO, Mariana. **Princípios, diretrizes e recomendações para uma atenção integral aos homens na saúde**. Recife, Instituto PAPAI, 2009.

MENDONCA, Vítor Silva e ANDRADE, Angela Nobre de. **A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão?**. Rev. psicol. polít. [online]. 2010, vol.10, n.20, pp. 215-226. ISSN 1519-549X

MENICONI, Tadeu.(2006),**Mesmo depois do infarto pacientes não tomam cuidado**.São Paulo,2006, Unicamp.

MUSSI FC, KOIZUMI MS, ANGELO M, LIMA MS. **Perda da espontaneidade da ação: o desconforto de homens que sofreram infarto agudo do miocárdio**- Rev Esc Enferm USP 2002; 36(2): p. 115-24.

PEREIRA, ALANE KARINE DANTAS, **Saúde do homem: até onde a masculinidade interfere**. Acesso em: 11 de novembro de 2012. : <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>.

SANTOS, Helen Barbosa; NARDI, Henrique Caetano. **Quem é o Homem da Política de Saúde do Homem? Notas genealógicas de uma política de gênero**.UFPE.2011

SCHRAIBER, LILIA BLIMA et al. **Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens**. *Cad. Saúde Pública*, Maio 2010, vol.26, no.5, p.961-970. ISSN 0102-311X

SCHRAIBER, Lília Blima; GOMES, Romeus; COUTO, Márcia Thereza. **Homens e saúde na pauta da Saúde Coletiva**. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, jan./mar. 2005.

## **ANEXOS**

Roteiro da entrevista sobre situações vividas dos homens que tiveram IAM

### **I. Dados Pessoais: caracterização social e econômica**

- Nome:
- Idade:
- Local da entrevista:
- Endereço:
- Telefone:
- Grau de escolaridade
- Estado civil
- Você tem filhos?
- Com quem mora?
- Onde nasceu? Se nasceu fora do DF: quanto tempo mora no DF?
- Qual a sua cor ou raça?
- Qual a religião ou culto que frequenta?
- Qual o seu trabalho? tem carteira assinada?
- Qual a sua ocupação?
- Você tem algum plano de saúde?
- Há quanto tempo, sem interrupção? É individual ou familiar? da empresa ou órgão público?

### **II. A percepção de ser homem na sociedade**

- Na sua opinião, qual o papel do homem na sociedade? E na família?
- Qual o papel da mulher na sociedade? E na família?
- Você acha que os papéis de homens e mulheres mudaram na sociedade?

### **III. Os cuidados com a saúde pelos homens**

#### **a. Antes do infarto:**

- Você se lembra se na infância ou adolescência seu responsável te levava aos serviços de saúde (centro de saúde, hospitais)? Em que situações?
- Que cuidados você tinha com a sua saúde?

- Como era a sua alimentação? V. considera que era saudável?
- Você fazia uso de alguma receita caseira?
- Você fazia alguma atividade física?
- Você considera que a religião lhe ajuda? Como?
- Você tomava medicamentos por conta própria (automedicação)?
- Você fazia exames quando sentia algum mal estar?
- Que hábitos você tinha? (uso de álcool, cigarro, droga proibida). Se fazia porque parou?

**b. Depois do infarto:**

- O que mudou para você? Na sua vida, nos cuidados a sua saúde, nos seus hábitos, no seu dia-a-dia, na sua família.

**IV. A percepção do homem e a utilização dos serviços de saúde**

**a. Antes do infarto:**

- Você procurou algum serviço de saúde?
- Se não: porque? E quando se sentia doente, o que fazia?
- Se sim: Qual(is)?
- Porque motivos (queixas)?
- Quando surgiram os problemas do coração? O que v. sentia? Quantos anos você tinha?
- Você procurou atenção médica?
- Quais foram as orientações que recebeu? (medicação, realização de exames, acompanhamento no CS, alimentação ou outros)
- Você seguiu as orientações médicas ou de outro profissional de saúde?
- Se não, porque? Quais foram as dificuldades?
- Se sim, como você se sentia? O que v. achou do atendimento?
- Você foi informado pelo médico sobre seu estado de saúde e como seria o tratamento?
- Como você enxergou a doença?
- O que você mudou nas tarefas do seu dia-a-dia?

**b. Durante o infarto**

- Quando aconteceu o infarto? O que você sentiu? (dores no peito)
- O que você ou a sua família fez ou fizeram? (procura de atenção médica)
- Qual foi/foram sua(s) preocupação(coes) e que providência(s) tomou?
- Quanto tempo ficou hospitalizado?
- Como foi a sua hospitalização? Que cuidados recebeu no hospital (médico e equipe de saúde)?
- Você recebeu alguma explicação de porque aconteceu o infarto? (equipe de saúde)
- Ao sair do hospital, que orientações você recebeu pelo médico que lhe atendeu?
- Depois do infarto
- Porque v. acha que aconteceu o infarto? (emoções, condições de vida, de trabalho)
- O que v. acha que poderia ter feito para evitar o infarto? (experiências, cuidados)
- Você está seguindo as orientações médicas? Se não: Por quê? Se sim: o que está fazendo?
- Quais comportamentos e hábitos v. acha que precisa mudar?
- Você teve medo quando teve o infarto? E neste momento, qual seu maior medo? Tem a ver com a doença e com o infarto?
- Como você se vê como homem? O que mudou?
- Perguntar: se ele gostaria de acrescentar algum comentário.

obrigada

## APÊNDICE

### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O Senhor está sendo convidado a participar da pesquisa de conclusão de curso de Saúde coletiva da Universidade de Brasília intitulado **Percepção dos homens sobre autocuidado após infarto agudo do miocárdio**.

O nosso objetivo é compreender as percepções de autocuidado à saúde entre homens que tiveram infarto agudo do miocárdio.

O senhor receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo.

A sua participação será através de uma entrevista que você deverá responder no setor de saúde do homem na data combinada com um tempo estimado para seu preenchimento de 40 minutos. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado, para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-lo. Informamos que o Senhor pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o senhor.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no Setor do Centro de Saúde e na Instituição Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.

Se o Senhor tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Dra. Antonia de Jesus Angulo Tuesta, na instituição Universidade de Brasília, telefone: 9101-2086, no horário: 8-12h / 14h-18h.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SES/DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

---

Antonia de Jesus Angulo Tuesta

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**Termo de autorização para utilização de imagem e som de voz para fins de pesquisa**

Eu, \_\_\_\_\_  
autorizo a utilização da minha imagem e som de voz na qualidade de participante/entrevistado (a) na pesquisa **Percepção dos homens sobre autocuidado após infarto agudo do miocárdio** entre usuários (maiores de 30 anos) sob-responsabilidade de Jéssica Silva Alves vinculada à Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser apenas utilizados para análise por parte da equipe de pesquisa, apresentações em conferências acadêmicas e atividades educacionais.

Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam eles televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitada acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade da pesquisadora responsável.

Deste modo, declaro que autorizo livre e espontaneamente o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som e de voz.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o (a) pesquisador (a) responsável pela pesquisa e a outra com o (a) participante.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Brasília \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_



Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepção masculina sobre autocuidado após infarto agudo do miocárdio

**Pesquisador:** Antonia de Jesus Angulo Tuesta

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 11544413.3.0000.5553

**Instituição Proponente:** Secretaria de Saúde do Distrito Federal - Regional de Saúde de Ceilândia

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 298.958

**Data da Relatoria:** 10/08/2013

#### Apresentação do Projeto:

O estudo mostra uma visão geral sobre a saúde do homem levantando questões de masculinidade e vulnerabilidade, com o objetivo de compreender como a percepção de masculinidade influencia no auto cuidado após um infarto agudo do miocárdio nos homens entrevistados. Será uma pesquisa qualitativa, com entrevistas semi estruturadas com ênfase em práticas de saúde, auto cuidado, autonomia, masculinidade e na percepção do que é ser homem. A análise crítica baseia-se nas questões culturais construída socialmente que por vezes impedem os homens de cuidar de sua saúde e procurar os serviços de saúde.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Primário:** Compreender as percepções de auto cuidado à saúde entre homens que tiveram infarto agudo do miocárdio.

**Secundário:** a)Compreender a influência da masculinidade no auto cuidado entre homens que tiveram infarto agudo do miocárdio. b)Analisar de que forma a vivência do infarto agudo do miocárdio modifica as percepções de auto cuidado masculino em saúde. c)Conhecer de que forma os homens infartados vivenciam os adoecimentos, o auto cuidado, e comportamentos de promoção e prevenção.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-604

UF: DF

Município: BRASILIA

Telefone: (61)3325-4655

Fax: (33)3325-4655

E-mail: [cepesetf@saude.df.gov.br](mailto:cepesetf@saude.df.gov.br)





Secretaria de Estado de Saúde  
do Distrito Federal

## COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - FEPECS/SES-DF



Continuação do Parecer: 266.868

### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os possíveis benefícios apresentam-se com maior magnitude em relação aos riscos possíveis para os sujeitos da pesquisa.

### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva, utilizando a entrevista semi-estruturada que permite se aproximar da realidade da saúde masculina e das práticas sociais de cada participante. Na entrevista procura-se estabelecer uma conversa em torno da temática que será abordada com as seguintes questões: a especificidade de ser homem homens e práticas de saúde, homens e políticas de saúde, a percepção do homem como paciente-usuário (utilização dos serviços), homens e auto cuidado. Tamanho da amostra: 10 homens.

### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foram apresentados o termo de concordância, A folha de rosto, os curriculum vitae de todos os componentes da pesquisa foram assinadas pelo a coordenação de saúde do centro de saúde nº 4 da Ceilândia do DF

### **Recomendações:**

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ausência de pendência ou inadequação.

### **Situação do Parecer:**

Aprovado

### **Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-604

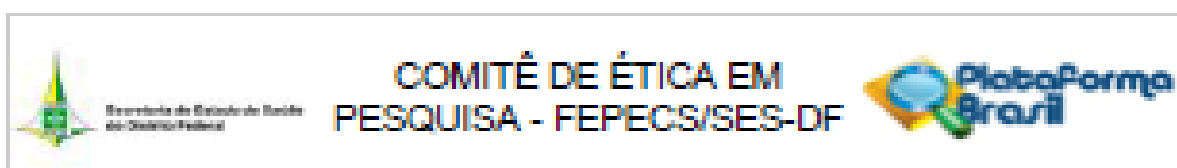
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4855

Fax: (33)3325-4855

E-mail: cepesedf@saude.df.gov.br



Continuação do Parecer: 268/2013

BRASILIA, 10 de Junho de 2013

---

Assinado por:  
luiz fernando galvão salinas  
(Coordenador)